



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Suicídio na adolescência

Rita Nobre de Albuquerque Moniz



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Suicídio na adolescência

Rita Nobre de Albuquerque Moniz

Orientado por:

Dr^a Fátima Ismail

Janeiro'2020

Resumo

Introdução. O suicídio, problema de saúde pública de grande relevância, é a segunda causa de morte nas raparigas e a terceira causa de morte nos rapazes, com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos. Resulta da interligação de vários fatores, sendo o principal a presença de perturbação mental. Os psicofármacos são uma das armas essenciais no controlo dos comportamentos suicidários, que devem ser sempre associados a outras estratégias de prevenção do suicídio, como acompanhamento Psiquiátrico ou Psicoterapêutico regulares. No entanto, o estigma mantém-se, constituindo uma barreira na procura de ajuda.

Esta revisão da literatura tem como objetivo a análise, bem como a síntese da informação publicada recentemente sobre o suicídio na adolescência.

Materiais e Métodos. Pesquisa de artigos publicados entre 2010 e 2019 nos motores de pesquisa *PubMed* e *Medline*, bem como a consulta de livros de texto.

Desenvolvimento. O suicídio é o ato de pôr termo à própria vida, com resultado fatal, praticado pela própria vítima. A adolescência é uma etapa de vida muito vulnerável, em que ocorrem várias mudanças - físicas, sexuais, cognitivas e emocionais. Diversos fatores de risco e de proteção foram identificados. Podemos dividir os fatores de risco em 3 grandes grupos – fatores demográficos, sociais e educacionais; eventos de vida negativos, antecedentes familiares e médicos; fatores psiquiátricos e psicológicos. As perturbações mentais estão presentes em 90% das vítimas de suicídio; 60% acontecem no contexto de uma depressão.

Palavras-Chave: suicídio; tentativa de suicídio; adolescente; depressão; psicofármacos.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

Abstract

Introduction. Suicide is a significant health problem around the world. It is the second cause of death among girls and third cause of death among boys aged between 15 and 19 years old. It results from the connection of several factors, being the presence of mental disorder the main one. The psychotropic drugs are one of the possible weapons in the management of suicidal behaviour, that must always be associated to other prevention strategies of suicide, like regular psychiatric or psychoterapeutic follow-up. Nevertheless, there is still a stigma that constitutes a barrier in the search for help. This review present as goals the analyse and synthesis of the information published recently about suicide in adolescence.

Materials and Methods. *Pubmed* and *Medline* search for all articles published between 2010 and 2019, and consulting textbooks.

Development. Suicide is the act of puting a term to the own life, resulting in death, practiced by the victim itself. Adolescence is a stage of life very vulnerable, where multiple changes – physical, sexual, cognitive and emotional – happen. Diverse risk and protective factors were identifided. We can divide the risk factors in three major groups – demographic, social and emotional factors; negative life-events, family and medical antecedents; psychiatric and psychological factors. Mental disorders are present in 90% of the victims who commited suicide; 60% were diagnosed with depression.

Keywords: suicide; attempted suicide; adolescent; depression; psychotropic drugs.

The Final Work expresses the opinion of the author and not of FML

Índice

Introdução.....	6
Lista de abreviaturas.....	7
Materiais e Métodos	7
Discussão.....	7
A. Definição do suicídio.....	7
B. A adolescência.....	8
C. Epidemiologia do suicídio	9
D. Fatores de risco.....	10
E. Fatores protetores.....	13
F. Avaliação inicial dos comportamentos suicidários.....	14
G. Estratégias terapêuticas	15
H. Prevenção	18
Conclusão	19
Referências bibliográficas	21
ANEXOS.....	25

Introdução

O suicídio nos adolescentes é um fenômeno complexo, ainda pouco compreendido e multideterminado [2], constituindo a segunda causa de morte nas raparigas e a terceira causa de morte nos rapazes, com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos [12].

Trata-se de um importante problema de saúde pública a nível nacional e internacional [11].

É um tema de elevada importância, uma vez que o adolescente é vulnerável a várias mudanças (físicas, sexuais, cognitivas e emocionais). Todo e qualquer suicídio tem consequências dramáticas e na adolescência ainda mais perturbadoras, considerando que se tratam de jovens com uma vida pela frente. Não despidendo será de mencionar ainda o profundo sofrimento causado às famílias afetadas [7].

O suicídio resulta da interligação de vários fatores de risco, sendo os mais importantes: a presença de perturbação mental, tentativas de suicídio prévias, história familiar de suicídio, entre outros [2]. A existência de perturbação mental é responsável por 90% dos casos de suicídio [25], e 60% acontecem no contexto de uma depressão [26].

A depressão, que muitas vezes leva ao suicídio, tem sido corretamente considerada como “a doença do século XXI”. No entanto, há hoje vários tratamentos possíveis, como a utilização de psicofármacos cada vez mais eficazes e que são uma arma essencial no controlo dos comportamentos suicidários [25].

Atualmente, existem igualmente várias estratégias de prevenção do suicídio baseadas na comunidade e na escola, cuja implementação deve ser estimulada. Contudo, mantém-se um estigma nas perturbações mentais e suicídio, que constitui uma barreira na procura de ajuda [2].

Este tema é assim, na minha opinião, de grande relevância, na medida em que, apesar dos progressos verificados, ainda carece de uma maior investigação, sendo certo que é possível melhorar a situação atual. Esta revisão da literatura tem como objetivo a análise, bem como a síntese da informação publicada recentemente sobre o suicídio na adolescência.

Lista de abreviaturas

ASQ – Ask Suicide-Screening Questions

FDA – Food and Drug Administration

ISRS – Inibidores seletivos da recaptação da serotonina

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHQ – Patient Health Questionnaire

Materiais e Métodos

Este texto de revisão sobre o “Suicídio na adolescência” foi realizado através da pesquisa de artigos publicados entre 2010 e 2019 nos motores de pesquisa *PubMed* e *Medline*. As palavras-chave utilizadas foram: *Suicide, Suicidal behaviour, Adolescent, Adolescent psychiatry, Adolescent behaviour, Depression, Psychotropic drugs*, utilizando também referências das bibliografias dos artigos mencionados. Os estudos incluídos foram *Meta-analysis, Review Literature, Journal Article e Guideline*. Os artigos mais relevantes foram selecionados através da leitura dos *Abstracts*. Livros de texto foram igualmente consultados.

Discussão

A. Definição do suicídio

O suicídio foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1984 como um “*ato de pôr termo à própria vida, com resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava*” [1]. A palavra em si provém do latim e deriva da junção de *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja, matar-se a si mesmo [1].

O suicídio nos jovens, tal como nos adultos, é um fenómeno complexo e multideterminado que resulta da interligação de vários fatores que, em cada caso particular, conduz a um resultado mortal [2].

Em cerca de 90% dos casos, o suicídio é uma condição tratável, pois está associado a psicopatologia diagnosticável e dispondo de tratamento. Os problemas mentais mais comumente associados ao suicídio são as perturbações de humor, dependência de álcool e outras drogas, perturbações psicóticas e perturbações de personalidade [3].

B. A adolescência

A etimologia da palavra adolescência provém do latim *adolescere*, que significa desenvolver-se ou crescer [4]. Constitui o estágio de desenvolvimento e maturação situado entre a infância e a idade adulta [5], sendo uma etapa complexa em que o indivíduo é particularmente vulnerável [6].

A adolescência inicia-se com importantes alterações físicas, sexuais, cognitivas e emocionais, e termina com a formação de valores e de identidade [7], surgindo por vezes a incapacidade de confrontar e lidar com os vários desafios e sentimentos de solidão e isolamento [8], sendo uma fase propensa a comportamentos de risco tais como tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas, relações sexuais não protegidas, entre outros [5].

É um processo extenso, com sofrimento e solidão, repleto de dúvidas, ansiedade e confusão. Nesta etapa, as oscilações de humor são frequentes, variando da alegria até à tristeza e à depressão, e a comportamentos antissociais e de contestação, bem como a necessidade de aceitação do grupo [9].

As mudanças neurocomportamentais que ocorrem na puberdade, tais como impulsos e alterações emocionais, estão muito provavelmente relacionados com o suicídio neste grupo etário. A impulsividade deriva da imaturidade cerebral e constitui uma característica marcada deste ciclo de vida, estando fortemente associada ao aumento do risco de tentativas de suicídio. Estas mudanças podem não ocorrer concomitantemente com os processos cognitivos, tais como desenvolvimento cognitivo, maturação da capacidade reflexiva e crítica e do julgamento. Estes últimos, juntamente com os processos afetivos, envolvem sistemas neurobiológicos, e são das últimas áreas a maturar [10].

A tentativa de suicídio no adolescente pressupõe um fracasso no seu processo de desenvolvimento numa tripla perspetiva - individual, familiar e social [2].

C. Epidemiologia do suicídio

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública em Portugal e a nível mundial [11]. Segundo a OMS, suicidam-se cerca de 800 mil pessoas (todas as idades) por ano, ou seja, 2.200 pessoas diariamente, uma a cada 40 segundos [12]. Por cada indivíduo que se suicida, existem em média 20 tentativas de suicídio [2].

Os dados mais recentes fornecidos pela OMS são de 2016, em que o suicídio foi considerado a 18ª causa de morte, correspondendo a 1,4% de todas as mortes a nível mundial.

Nos adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos, registaram-se globalmente 52.750 suicídios nesse mesmo ano [12]. É a segunda causa de morte nas raparigas, a seguir a condições maternas, e a terceira causa de morte em rapazes, a seguir aos acidentes rodoviários e à violência interpessoal [12]. O enforcamento, a ingestão de pesticidas, a precipitação de alturas e armas de fogo fazem parte dos métodos mais utilizados para cometer suicídio a nível mundial [13].

Na faixa etária entre os 15 e 29 anos, Portugal registou em 2016, 3,9 suicídios por 100 mil habitantes, número inferior à França (6,6), Alemanha (6,6), Espanha (4,4) e Itália (4,2) [12].

Na Europa, os países com maior taxa de suicídio são a Rússia (28,8) e a Lituânia (23,1). Nos outros continentes, a Guyana (34,5), a Índia (26,7) e El Salvador (25,7) lideram na escala [12].

De forma global, o suicídio é três vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. Entre os 15 e 29 anos, em Portugal, contavam-se 6,5 homens para 1,4 mulheres por 100 mil habitantes [12]. Constituem exceções, a China (3,8 homens para 5,2 mulheres), Índia (22,8 homens para 31 mulheres) e Bangladesh (5,2 homens para 14,7 mulheres) [12].

Em Portugal, destaca-se uma maior taxa de suicídio no Sul do país (Alentejo e Algarve) em 2017 [15], sendo menor no Norte, possivelmente por tratar-se de uma região mais conservadora e católica [Anexo 1].

Nas zonas rurais, existe um aumento do risco de suicídio comparativamente com as zonas urbanas, onde o risco é menor. Esta oposição urbano-rural poderá estar associada

a fatores económicos e sociais, em que nas cidades o acesso aos cuidados de saúde é fácil e existe um nível mais elevado de literacia em saúde mental [15].

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia destaca a subnotificação do número de casos de suicídio em Portugal, em que cerca de 10 a 20% não serão contabilizados. As principais causas para esta situação são a escassa eficácia dos sistemas de registo e razões familiares de estigma social, religiosas e culturais. Em relação aos comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, os dados epidemiológicos são ainda mais incompletos [14].

D. Fatores de risco

O comportamento suicida é um fenómeno complexo e multifatorial, havendo uma inter-relação de fatores pessoais, sociais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais [16]. A identificação destes torna-se essencial na estratégia de prevenção do suicídio [17;35].

Podem ser agrupados em três grupos:

1. Fatores demográficos, sociais e educacionais – idade, género, orientação sexual, religião, escola e grupo de pares, contágio social através dos *media* ou internet, sazonalidade.

Idade. As taxas de suicídio e tentativas de suicídio aumentam com a idade, sendo pouco frequentes antes da puberdade e apresentando uma maior incidência no final da adolescência [18].

Género. O suicídio é 3 vezes superior no sexo masculino em relação ao feminino [2] a nível mundial, com exceção de alguns países atrás apontados [19]. Em relação à ideação suicida e tentativas de suicídio, as raparigas apresentam taxas mais elevadas. Os comportamentos autolesivos neste género, entre os 12 e 15 anos, são 5 vezes mais frequentes do que nos rapazes [2].

Orientação sexual. Verifica-se a presença de risco acrescido de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos em jovens com orientação homossexual e bissexual, 6 vezes superior ao grupo heterossexual. Nos adolescentes homossexuais, com idades entre os 15 e 17 anos, registam-se cerca de 20-40% de tentativas de suicídio [20].

Religião. Constatou-se a existência de uma menor frequência de comportamentos suicidários nos indivíduos que apresentam uma crença religiosa. Mas, em algumas

culturas ou grupos religiosos, o suicídio pode ser tolerado num contexto específico, tal como os suicídios em defesa da honra do próprio ou da sua família [2].

Escola e grupo de pares. Vários estudos de adolescentes com comportamentos autolesivos e atos suicidas demonstram que estes apresentam insucesso ou abandono escolar, isolamento e problemas de comportamento [16]. As dificuldades nas relações interpessoais com o grupo de pares são marcadas, sendo frequente a agressividade e o isolamento. A tentativa de suicídio num próximo aumenta o risco de tentativa de suicídio 2 a 4 vezes nos adolescentes com idades compreendidas entre os 15-19 anos, particularmente nas escolas [22;23].

Contágio social através dos *media* ou internet. Vários estudos apontam que a influência dos média (jornais, filmes, televisão, internet) nos relatos sobre o suicídio e na maneira como o fazem, aumenta o risco de atos suicidas e de comportamentos autolesivos [33]. O risco de suicídio por imitação/contágio é particularmente elevado, sendo a exposição feita através de sites de notícias (44%), redes sociais (25%), fóruns de discussão (15%) e vídeos (15%) [25]. O fenómeno dos *clusters* de suicídio envolve geralmente adolescentes com perturbações prévias. Existe um crescimento de sites e fóruns na *internet* em que o suicídio é incentivado como estratégia de resolução de problemas [33]. Por outro lado, as redes sociais por vezes também podem apresentar um certo benefício, pela maior facilidade de comunicação, maior apoio e redução do isolamento [25].

Sazonalidade. O número de suicídios é menor nos meses de verão, atingindo os picos mais elevados no outono e primavera. Em outubro contam-se 2 vezes mais de suicídios do que em julho, seguido de março [24].

2. Eventos de vida negativos, antecedentes familiares e médicos – eventos stressantes, história familiar, violência e *bullying*.

Eventos stressantes de vida. Alguns acontecimentos de vida estão fortemente associados ao suicídio nos adolescentes, nomeadamente: as perdas (de amigos/namorado(a)); os conflitos familiares e problemas financeiros; a morte de um próximo; os problemas disciplinares e académicos; o envolvimento no sistema de justiça; a doença física; atos suicidas nos colegas ou amigos [2].

História familiar. A psicopatologia dos pais, como a depressão, abuso de substâncias e comportamento anti-social, a história familiar de comportamentos suicidários, a perda

de um parente ou divórcio, relação problemática entre pais-filhos e maus-tratos, estão associados a um aumento dos comportamentos autolesivos e risco de suicídio na adolescência [19]. A evidência de que os comportamentos suicidários são transmissíveis é forte, havendo fatores biológicos predisponentes [30]. Existem vários estudos que demonstram alterações do sistema serotoninérgico, em que existe uma diminuição dos metabolitos da serotonina (5-HIAA) [31].

Violência (abuso físico ou sexual). O abuso na infância, seja sexual, físico e emocional, aumenta em 3 vezes o risco de depressão e comportamentos suicidários, em comparação com os que não apresentam história de abuso [32].

Bullying. O bullying, muito presente na adolescência, é definido como um comportamento violento ou prejudicial entre pares, repetitivo, manifestado por intimidação e abuso com intenção de humilhar a vítima [25]. Podem ser físicos diretos (agressão, roubo), verbais diretos (insultos, ameaças), relacionais indiretos (exclusão social, espalhar rumores) e *cyberbullying*. Há um maior impacto na saúde mental e predispõe a sintomas depressivos, de baixa autoestima e isolamento social [16]. As vítimas e os agressores têm ambos um risco elevado para suicídio, sendo mais elevado nas raparigas enquanto vítimas [16].

3. Fatores psiquiátricos e psicológicos – doença psiquiátrica grave (depressão major, perturbações psicóticas), história de abuso/dependência de álcool ou drogas, traços de personalidade, comportamentos autolesivos, história de tentativas de suicídio prévias e acesso a meios letais.

Doença psiquiátrica. A perturbação psiquiátrica está presente em cerca de 90% das vítimas de suicídio [25], sendo que cerca de 60% acontecem no contexto de uma depressão [26], e 20-44% associam-se à doença bipolar [2]. As perturbações de humor (depressão, hipomania/mania ou estados mistos) foram associados aos comportamentos suicidários [27], bem como a esquizofrenia, abuso de substâncias (álcool e/ou drogas), perturbações de personalidade (sobretudo a *borderline* e anti-social), perturbações de ansiedade, incluindo stress pós-traumático, e perturbações de comportamento do funcionamento social [28]. A cronicidade e severidade das perturbações foram associadas com uma subida do risco suicidário [19]. Os comportamentos autolesivos e

atos suicidas podem ocorrer em adolescentes que não apresentavam nenhuma perturbação mental, o que sucede em cerca de 5 a 10% dos jovens que se suicidam [2].

Abuso de substâncias. O abuso de substâncias (em particular de canábis e álcool) está fortemente relacionado com as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. O risco é mais elevado nos rapazes, sobretudo em associação com perturbações do comportamento [19].

Traços de personalidade. A impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo são os traços que mais se associam ao suicídio [21].

Comportamentos auto-lesivos. O risco de suicídio está particularmente aumentado após eventos auto-lesivos não fatais (auto-mutilação, sobredosagens de medicamentos), envolvendo métodos violentos [34].

História de tentativas de suicídio prévias. A relação entre as tentativas de suicídio e o suicídio é de 30 para 1 nos adolescentes. Nos 3 a 6 primeiros meses após uma tentativa de suicídio, o risco de suicido consumado aumenta 10 a 60 vezes [2].

Acesso a meios letais. Os métodos de suicídio mais prevalentes nos adolescentes abaixo dos 19 anos são o enforcamento; os suicídios ferroviários; as intoxicações medicamentosas, sobretudo por ingestão de psicofármacos, nas raparigas; precipitação de alturas e uso de armas brancas ou de fogo nos rapazes [16].

A acessibilidade aos meios é um importante facilitador do suicídio. Entre a decisão e o ato decorrem apenas alguns minutos, indicando um elevado grau de impulsividade [2].

E. Fatores protetores

Os fatores protetores no adolescente, que reduzem o risco de suicídio, são os seguintes:

- Fatores familiares: cuidados parentais mantidos, coesão familiar, capacidade de envolvimento mútuo, partilha de interesses e suporte emocional; ter uma relação positiva com os pais.
- Fatores individuais: ausência de doença mental, capacidades de resolução dos problemas, sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências e projetos de vida, não utilização de substâncias nocivas.
- Fatores sociais: bom suporte e boa integração social, pertença a um clima escolar positivo, boa relação com amigos, professores e outros adultos, suporte

dos pares, ter um grau acadêmico apropriado, valores culturais e religiosos [5], e acesso a serviços e cuidados de saúde mental [2].

F. Avaliação inicial dos comportamentos suicidários

Os sinais de alerta para identificar um adolescente em risco de suicídio são: ideação suicida, abuso de substâncias, ansiedade/preocupações, falta de propósito, desespero, afastamento dos amigos, família e sociedade, raiva, imprudência e alterações de humor [17;42]. Não está comprovado que questionar acerca de suicídio leve ao aparecimento de novo de pensamentos suicidas [25].

Atualmente, a depressão deve ser rastreada em todos os adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e 21 anos [25]. Os sintomas mais relevantes são: tristeza durante a maior parte do tempo, crises de choro, sentimentos de culpa ou inutilidade, diminuição dos interesse ou prazer na maioria das atividades, perda ou ganho de peso significativo, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersomnia, cansaço ou falta de energia, diminuição da concentração e pensamentos de morte ou suicídio. Pode-se manifestar por sintomas somáticos, tais como dor abdominal, dor torácica, cefaleias, letargia, tonturas e síncope ou outros sintomas não-específicos, e também por alterações do comportamento, nomeadamente, deterioração na performance académica, fuga de casa, desafiar as autoridades, autodestruição, vandalismo, abuso de substâncias, hipersexualidade e delinquência [36].

Existem várias escalas que analisam o nível de depressão nesta faixa etária, sendo a mais utilizada a “*Patient Health Questionnaire (PHQ)-9*” [Anexo 2]. Contudo, não existe evidência de que esta avaliação reduza as tentativas de suicídio e mortalidade. Em certos casos, o adolescente deve ser referenciado para uma consulta especializada de Psiquiatria, de modo a receber uma avaliação e tratamento apropriados [25].

A abordagem inicial baseia-se na avaliação dos fatores de risco e no “*Ask Suicide-Screening Questions*” (ASQ), sendo as perguntas curtas e diretas, sem juízo crítico, evitando serem abruptas e intrusivas [Anexo 3]. Se uma resposta for positiva, o clínico deve obter mais detalhes sobre a natureza dos pensamentos e comportamentos passados ou atuais, a intencionalidade e o plano (avaliar a sua letalidade), procedendo a uma investigação mais extensa do risco de suicídio [37].

O risco de suicídio deve ser considerado em doentes que apresentam ideação suicida ativa com um plano específico ou intenção de aceder a meios letais. Contudo, a ideação suicida passiva não deve ser ignorada, pois pode evoluir rapidamente para ideação suicida ativa [25;42].

A confidencialidade é um fator importante no tratamento do adolescente, podendo no entanto ser quebrada, caso o indivíduo apresente um risco prejudicial para si ou para terceiros [43].

G. Estratégias terapêuticas

As opções terapêuticas incluem a hospitalização, a elaboração de um plano de segurança, a intervenção psicológica e a medicação para perturbações psiquiátricas subjacentes, tais como depressão major [17].

- Avaliação no serviço de urgência

A primeira prioridade num adolescente com tentativa de suicídio é a estabilização médica, devendo contactar-se a equipa de Cirurgia para controlo do trauma. Os adolescentes que ingeriram medicamentos/drogas deverão ser submetidos a eventual lavagem gástrica, medidas de suporte de vida e antídotos, se aplicável [17].

Avaliação psiquiátrica. Inclui a determinação do risco de suicídio e identificação de fatores predisponentes e precipitantes que podem ser tratados ou modificados [44]. Os fatores que determinam um risco elevado de suicídio são: tentativa de suicídio com método letal agressivo (p.e. arma de fogo, enforcamento); tentativa de suicídio incluindo etapas para evitar a sua deteção; manutenção da ideação suicida ou desilusão de esta não ter sido concretizada; incapacidade de discutir abertamente sobre a tentativa de suicídio; incapacidade de discutir sobre um plano de segurança; falta de alternativas para monitorização e terapêutica adequada; perturbações psiquiátricas subjacentes ao comportamento suicidário; agitação; impulsividade; desespero; escasso apoio social [17;44].

Exame objetivo. Inclui vigiar os sinais vitais, o nível de consciência e de orientação, e manifestações de intoxicação. Devem ser pesquisados sinais de tentativas de suicídio recentes (p.e. cicatrizes de mutilação ou equimoses do enforcamento), abuso sexual ou físico (p.e. padrões de equimoses características ou trauma genital), abuso de

substâncias (p.e. marcas de uso de drogas intravenosas, sangramentos nasais ou bolhas periorais por uso inalatório) e doença médica geral (p.e. doença da tiroide) [17].

Avaliação laboratorial. Deve ser avaliado o consumo de drogas ilícitas e problemas médicos, tais como gravidez e presença de infecções sexualmente transmissíveis. Inclui hemograma completo, bioquímica alargada, análise à urina, TSH, b-HCG e pesquisa toxicológica da urina [17].

Imagiologia. Foi demonstrado que os adolescentes com doença bipolar com tentativa de suicídio, apresentam menor volume de substância cinzenta e diminuição estrutural e funcional da conectividade no sistema neuronal frontolímbico ventral, responsável pela regulação das emoções [38].

- Hospitalização

Nos casos mais severos, em adolescentes com comportamentos suicidários graves ou risco iminente de suicídio, a hospitalização poderá ser indicada [24].

A hospitalização psiquiátrica permite garantir um ambiente seguro ao adolescente, e realizar uma avaliação médica e psiquiátrica completa com início de terapêutica adequada. Porém, não foi demonstrado que esta estratégia reduz o risco de suicídio subsequente. De salientar que, aquando do internamento, todos os recursos potencialmente lesivos devem ser removidos [17;44].

A hospitalização involuntária poderá ser ponderada nos casos em que o adolescente apresente risco prejudicial para si próprio ou terceiros, mantendo, no entanto, a autonomia de consentir na terapêutica. Neste contexto, a única medicação permitida são os de estabilização durante a crise [17].

- Plano de segurança

Nos indivíduos com baixo risco de suicídio, a terapêutica em ambulatório é a melhor opção, devendo ser elaborado um plano de segurança. Este inclui: envolvimento da família na monitorização do indivíduo; restrição do acesso a meios letais; identificação e evitação de *triggers* para a ideação suicida e dos sinais de alerta; educação do adolescente e cuidadores sobre os efeitos nocivos do álcool e outras drogas; elaboração de estratégias de *coping* e de atividades saudáveis [25]. Não se demonstrou efetivo em

prevenir o suicídio, mas permite servir de guia sobre as etapas essenciais a seguir, em caso de crise, na manutenção da segurança do adolescente [25].

- Psicoterapia

A psicoterapia revelou-se eficaz na redução dos comportamentos autolesivos nos adolescentes. Baseia-se sobretudo na relação médico-doente, auxiliando pessoas em sofrimento emocional e/ou problema comportamental. Porém, não existem estudos que comparam a eficácia dos diferentes tipos de psicoterapia (cognitivo-comportamental, dialética-comportamental e baseada na mentalização) [36].

Terapia cognitivo-comportamental. Conjunto de técnicas que permitem ao paciente de reconhecer e modificar crenças, ideias ou percepções, que são assumidas como causa de reações emocionais patológicas a acontecimentos negativos ou causadores de stress, e a mudar padrões maladaptativos de comportamento. Existe uma ampla evidência de efetividade nas perturbações depressivas, especialmente quando combinada com a farmacoterapia [17; 36].

Terapia dialético-comportamental. Desenvolvida para o tratamento da perturbação da personalidade *borderline*, com evidência de redução de comportamentos autolesivos nos adolescentes. Combina a terapia de grupo com a terapia interpessoal, melhorando a regulação emocional, tolerância ao stress e autocontrolo [39].

Terapia familiar. Integra a família como parte do problema e recurso essencial à sua resolução. Esta terapia faz enfoque na educação sobre os comportamentos autolesivos e estratégias para lidar com o stress e conflitos familiares; promoção da autoestima do adolescente e harmonia familiar, podendo reduzir a ideação e comportamento suicida nos adolescentes [36].

Terapia de grupo. Baseia-se no apoio mútuo, porém não se demonstrou eficaz na redução dos comportamentos autolesivos nos adolescentes [17;36].

Terapia baseada na mentalização. Constitui um tipo de psicoterapia psicodinâmica, que incide sobre a impulsividade e regulação afetiva, procurando promover o autoconhecimento e *insight*. Parece reduzir os comportamentos autolesivos no adolescente, melhorando a qualidade da ligação entre este e os pais, e a habilidade de conceptualizar as ações em termos de pensamentos e sentimentos [17].

- Farmacoterapia

A utilização de psicofármacos é uma estratégia indispensável no controlo dos comportamentos suicidários nos adolescentes. A administração emergente de antidepressivos não tem papel no tratamento agudo. Contudo, adolescentes hospitalizados por ideação ou comportamento suicida são tratados com fármacos para uma perturbação psiquiátrica subjacente, importante na redução de risco de suicídio a curto e longo prazo [22]. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são os mais utilizados na depressão major, pela sua eficácia e tolerabilidade. Existe, porém, de acordo com a *Food and Drug Administration* (FDA), a preocupação, de que os antidepressivos possam aumentar o risco de suicídio nos adolescentes, havendo controvérsia, sendo que a maioria dos especialistas de saúde mental consideram que os benefícios ultrapassam os riscos [17;25]. Todos os adolescentes medicados devem ser monitorizados, tendo em atenção alterações do comportamento ou efeitos secundários, que devem ser reportados de imediato, particularmente quando se inicia ou se altera o tratamento [22;25]. Os pais devem ser educados a reconhecer os sinais de alarme já citados anteriormente.

H. Prevenção

O número de países com estratégias nacionais de prevenção do suicídio aumentou nos últimos cinco anos, passando de 28 para 38 [27]. Em Portugal, existe um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/17, aprovado em 2013 [2].

O programa da OMS para a prevenção do suicídio (SUPRE) coloca enfoque em três áreas [40]:

- Restrição de acesso a meios letais

O suicídio é um fenómeno impulsivo, sobretudo nos adolescentes, daí a importância de dificultar a sua concretização. Foram instituídas políticas governamentais relativas ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. A venda de medicamentos em quantidades reduzidas ou em blisters (em vez de frascos), permitem aumentar o tempo de reconsideração. Houve também um fortalecimento da restrição ao acesso a pesticidas em várias regiões do mundo [41].

- Detecção precoce e tratamento das perturbações mentais, através da formação dos profissionais de saúde e de outros sectores profissionais (tais como professores);

A literacia sobre saúde mental é fundamental na identificação precoce dos jovens com fatores de risco e sinais de alarme e intervenção efetiva [41].

Em relação às intervenções no espaço escolar e programas escolares de sensibilização para o suicídio, existem ainda muito poucos estudos que demonstrem a sua eficácia [35].

- Sensibilização dos média para a prevenção, essencial na adolescência devido ao efeito de contágio.

Para além destas medidas, propôs-se também uma maior acessibilidade aos serviços de saúde; educação e sensibilização da população, visando a redução do estigma em saúde mental, com ênfase na depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas; e criação de *websites* de prevenção [40].

A WHO criou um dia da Prevenção Mundial do Suicídio, a 10 de setembro [12].

Conclusão

O suicídio na adolescência é um relevante problema de saúde pública, sendo um fenómeno complexo e ainda pouco compreendido.

Os comportamentos suicidários são transversais a várias patologias psiquiátricas, e resultam da interligação de vários fatores, nomeadamente demográficos, sociais, educacionais; eventos de vida negativos, antecedentes familiares e médicos; e fatores psiquiátricos e psicológicos, que deverão ser reconhecidos para identificação de adolescentes que apresentam elevado risco de suicídio.

A entrevista com o adolescente é essencial e imprescindível na avaliação do risco suicidário, podendo recorrer-se ao “*PHQ-9*” para rastreio de depressão, e a questões básicas através do “*ASQ*” que auxilia na identificação de comportamentos suicidas.

A estabilização médica é a primeira prioridade num adolescente com tentativa de suicídio. A hospitalização psiquiátrica permite garantir um ambiente seguro ao adolescente, e realizar uma avaliação médica e psiquiátrica completa com início de terapêutica adequada. Nos indivíduos com baixo risco de suicídio, a terapêutica em ambulatório é a melhor opção, devendo ser elaborado um plano de segurança. A psicoterapia, incluindo terapia cognitivo-comportamental, dialético-comportamental, familiar e baseada na mentalização, são opções fortemente recomendadas.

A farmacoterapia é uma estratégia indispensável no controlo dos comportamentos suicidários nos adolescentes. A administração emergente de antidepressivos não tem papel no tratamento agudo. Contudo, são utilizados para tratamento de perturbação psiquiátrica subjacente.

Atualmente, existem estratégias de prevenção do suicídio, cuja implementação deve ser estimulada.

Referências bibliográficas

1. Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D. *Comportamentos Suicidários em Portugal*. 1ª Edição. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia - www.spsuicidologia.pt; 2006.
2. Carvalho Á, Peixoto B, Saraiva CB, Al Et. *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio 2013/17*. Direção-geral da saúde, Programa nacional para a saúde mental, Plano 2013.
3. Trigueiro, André. *Viver é a melhor opção: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo*. 3ª ed. – São Bernardo do Campão SP: Correio Fraternal, 2016.
4. Oliveira A. Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções - *Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE; 2003. p. 742.
5. Guerreiro DF, Sampaio D. *Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa*. Rev Port Saúde Pública [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública; 2013 Jul;31(2):204–13.
6. Campos, D.M.S. *Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia*, 24. Ed. Petrópolis, Vozes, 2012.
7. Ribeiro, K., Medeiros, C., Coutinho, M., & Carolino, Z. (2012). *Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva*. Revista Psicologia: teoria e prática, 3, 18-33.
8. Coleman JC. *The Nature of Adolescence*, 4th Edition. 2011.
9. Canete, I. *Adolescente Cristal: como entender, acolher e apoiar as novas gerações*. Porto Alegre: Besourobox, 2016.
10. Dervic K, Brent DA, Oquendo MA. *Completed suicide in childhood*. Psychiatric Clinic North America 2008; 31(2):271-291.
11. Dias L, Souza DM, Azevedo R, Jansen K, Kuhn RP, Horta L, et al. *Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors*. 2009; 32:37–41.

12. Mental Health - *Data and statistics - Suicide* [Internet]. World Health Organization; em www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds
13. Värnik a, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic a, Oskarsson H, Palmer a, et al. (2008). *Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”*. J Epidemiol Community Health.
14. Sociedade Portuguesa de Suicidologia [Internet]: <https://www.spsuicidologia.com/>
15. Alte da Veiga, F., & Braz Saraiva, C. (2009). *O suicídio em Portugal*.
16. Girliani S.S., Marília S.P.S, Amanda T.P.S, Jaqueline G.A.P, Everton B.S. (2017) *Suicide in childhood: a literature review*.
17. Stephanie Kennebeck, MD, Liza Bonin, PhD (2018); *Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: Evaluation and management*.
18. Saraiva CB. *Depressão e Suicídio - Um guia clínico dos cuidados de saúde primários*. 1a Edição. LIDEL, editor. Lisboa; 2014.
19. Pandey GN (2013). *Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disord*.
20. Greyndanus D, Calles J. (2007). *Suicide in Children and Adolescents*. Prim Care Clin Off Prat; 34:259–73.
21. Sampaio D, Oliveira A, Vinagre M, Pereira M, Santos N, Ordaz O. (2000). *Representações Sociais do Suicídio em Estudantes do Ensino Secundário: as Explicações dos Jovens*. Análise Psicológica. 2 (XVIII),139-155.
22. Hawton K, Saunders K, Connor R (2012). *Self-Harm and Suicide in adolescents*. The Lancet, vol 379, 2373-82.
23. Sampaio D. (2002). *Ninguém Morre Sozinho. Os Adolescentes e o Suicídio*. 12ª ed. Caminho. Lisboa.

24. G. Plemmons, M. Hall, S.Doupnik & Co; (2018). *Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008–2015*; Pediatrics June 2018, 141 (6) e20172426; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2426>
25. Benjamin Shain and Committee on Adolescence, *Suicide and Suicide Attempts in Adolescents*, Pediatrics July 2016, 138 (1) e20161420; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
26. Revis ADE. *Antidepressivos e suicídio nos adolescentes*. 2011;603–12.
27. OMS. *Prevenção do suicídio – um recurso para conselheiros*. Genebra; 2006. Report No.: 92 4 159431 4.
28. Sanchez HG. *Risk Factor Model for Suicide Assessment and Intervention*. Prof Psychol Res Pract. 2001. Vol. 32(4):p351. 8p.
29. Kimberly A. Schwartz, Sara A. Pyle, M. Denise Dowd and Karen Sheehan; *Attitudes and Beliefs of Adolescents and Parents Regarding Adolescent Suicide*, Pediatrics February 2010, 125 (2) 221-227; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2248>
30. Brent, DA Mann J. *Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior*. Am J Med Genet Part C. 2005;133C:13–24.
31. González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop I, Pool García S, Genis A, Nicolini H, et al (2013). *Association of 5HTR1A gene variants with suicidal behavior: case-control study and updated meta-analysis*. J Psychiatr Res [Internet].
32. Braz Saraiva C, Peixoto B, Sampaio D.; *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. 1a Edição. LIDEL, editor. 2014.
33. Amanda Marchant, Keith Hawton, Ann Stewart, Paul Montgomery, Vinod Singaravelu; *A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown*; Published: August 16, 2017 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
34. Mark Olfson, Melanie Wall, Shuai Wang, Stephen Crystal, Jeffrey A. Bridge, Shang-Min Liu and Carlos Blanco, *Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents*

and Young Adults, *Pediatrics* April 2018, 141 (4) e20173517; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3517>

35. Stan Kutcher, ONS, MD, FRCP(C), FCAHS, Yifeng Wei, MEd, PhD, Pegah Behzadi, MD; *School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot Idea, Hot Air, or Sham?* First Published July 12, 2016 Review Article <https://doi.org/10.1177/0706743716659245>

36. M.L. Figueira, D. Sampaio, P. Afonso, *Manual de psiquiatria clínica*, 2ª edição, 2014, p. 285-306; p.427-440.

37. Kutcher SP, Chehil S. (2007). *Suicide risk management: a manual for health professionals*. Blackwell Pub., Malden, Mass; Oxford.

38. Jennifer A.Y. Johnston, M.A., Fei Wang, M.D., Ph.D., Jie Liu; *Multimodal Neuroimaging of Frontolimbic Structure and Function Associated With Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults With Bipolar Disorder*, Published Online:31 Jan 2017; <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15050652>

39. Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press.

40. World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*; WHO, Geneva.

41. World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide*; WHO, Geneva.

42. Telles-Correia D, Paulino P. (2013). “*Entrevista e história psiquiátricas*” in Telles-Correia D (Ed.), *Manual de Psicopatologia*. Lidel, Lisboa.

43. Feller C, Cottone R. (2003). *The Importance of Empathy in Therapeutic Alliance. Humanistic Counseling, Education and Development* 42, 53-61.

44. Jans T, Taneli Y, Warnke A. (2012). “*Suicide and self-harming behaviour*” in Rey JM (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva.

ANEXOS

Anexo 1

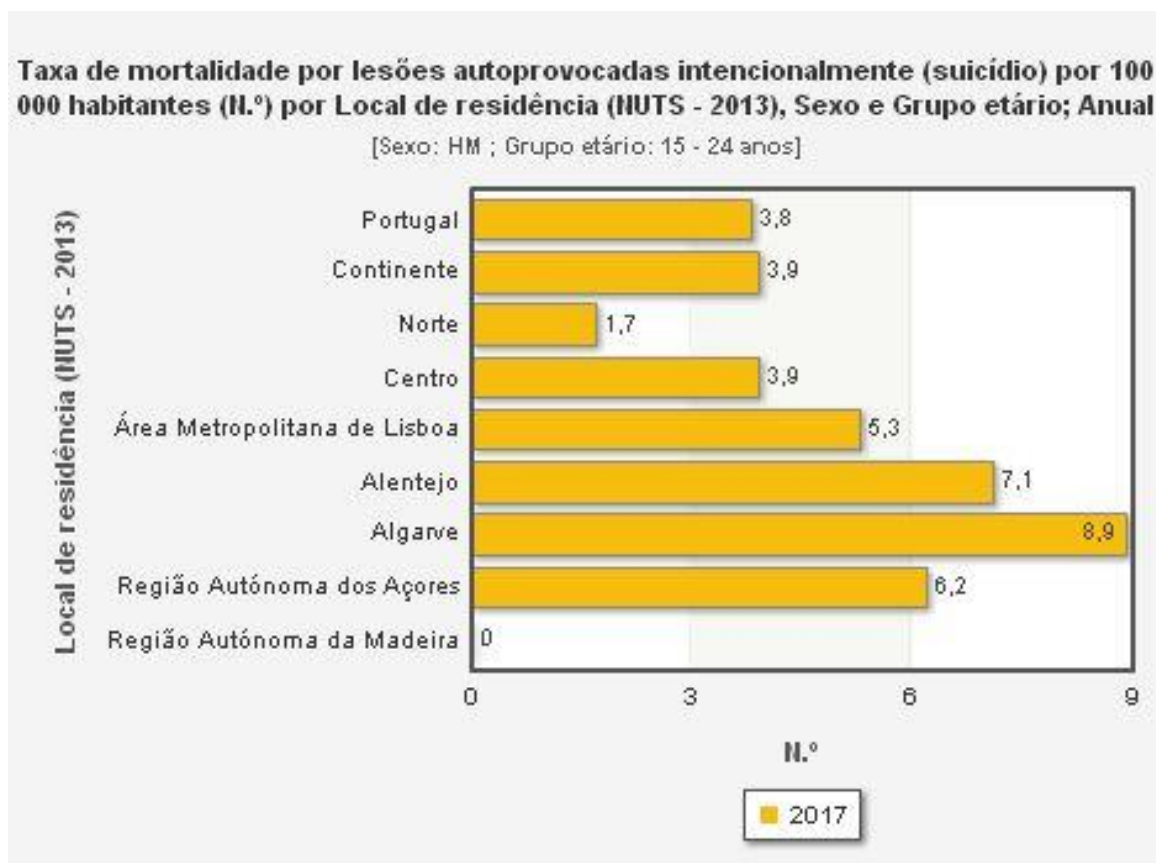


Figura 1. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100.000 habitantes em Portugal, em indivíduos com idades entre os 15-24 anos (dados de 2017).

Anexo 2

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NAME: _____ DATE: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been
bothered by any of the following problems?
(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns + +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, TOTAL:
please refer to accompanying scoring card).

10. If you checked off <i>any</i> problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	Not difficult at all	_____
	Somewhat difficult	_____
	Very difficult	_____
	Extremely difficult	_____

Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc.
A2663B 10-04-2005

Figura 2. "Patient Health Questionnaire" (PHQ-9) - parte 1

PHQ-9 Patient Depression Questionnaire

For initial diagnosis:

1. Patient completes PHQ-9 Quick Depression Assessment.
2. If there are at least 4 ✓s in the shaded section (including Questions #1 and #2), consider a depressive disorder. Add score to determine severity.

Consider Major Depressive Disorder

- if there are at least 5 ✓s in the shaded section (one of which corresponds to Question #1 or #2)

Consider Other Depressive Disorder

- if there are 2-4 ✓s in the shaded section (one of which corresponds to Question #1 or #2)

Note: Since the questionnaire relies on patient self-report, all responses should be verified by the clinician, and a definitive diagnosis is made on clinical grounds taking into account how well the patient understood the questionnaire, as well as other relevant information from the patient.

Diagnoses of Major Depressive Disorder or Other Depressive Disorder also require impairment of social, occupational, or other important areas of functioning (Question #10) and ruling out normal bereavement, a history of a Manic Episode (Bipolar Disorder), and a physical disorder, medication, or other drug as the biological cause of the depressive symptoms.

To monitor severity over time for newly diagnosed patients or patients in current treatment for depression:

1. Patients may complete questionnaires at baseline and at regular intervals (eg, every 2 weeks) at home and bring them in at their next appointment for scoring or they may complete the questionnaire during each scheduled appointment.
2. Add up ✓s by column. For every ✓: Several days = 1 More than half the days = 2 Nearly every day = 3
3. Add together column scores to get a TOTAL score.
4. Refer to the accompanying **PHQ-9 Scoring Box** to interpret the TOTAL score.
5. Results may be included in patient files to assist you in setting up a treatment goal, determining degree of response, as well as guiding treatment intervention.

Scoring: add up all checked boxes on PHQ-9

For every ✓ Not at all = 0; Several days = 1;
More than half the days = 2; Nearly every day = 3


Interpretation of Total Score

Total Score	Depression Severity
1-4	Minimal depression
5-9	Mild depression
10-14	Moderate depression
15-19	Moderately severe depression
20-27	Severe depression

PHQ9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD ® is a trademark of Pfizer Inc.

A2662B 10-04-2005

Figura 3. "Patient Health Questionnaire" (PHQ-9) - parte 2



NIMH TOOLKIT

Suicide Risk **Screening Tool**

Ask **Suicide-Screening** Questions

Ask the patient:

1. In the past few weeks, have you wished you were dead? ☐ Yes ☐ No
2. In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? ☐ Yes ☐ No
3. In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? ☐ Yes ☐ No
4. Have you ever tried to kill yourself? ☐ Yes ☐ No
 If yes, how? _____

 When? _____

If the patient answers **Yes** to any of the above, ask the following acuity question:

5. Are you having thoughts of killing yourself right now? ☐ Yes ☐ No
 If yes, please describe: _____

Next steps:

- If patient answers "No" to all questions 1 through 4, screening is complete (not necessary to ask question #5). No intervention is necessary (*Note: Clinical judgment can always override a negative screen).
- If patient answers **"Yes"** to any of questions 1 through 4, or refuses to answer, they are considered a **positive screen**. Ask question #5 to assess acuity:
 - ☐ **"Yes"** to question #5 = **acute positive screen** (imminent risk identified)
 - Patient requires a **STAT** safety/full mental health evaluation.
 - Patient **cannot leave until evaluated for safety**.
 - Keep patient in sight. Remove all dangerous objects from room. Alert physician or clinician responsible for patient's care.
 - ☐ **"No"** to question #5 = **non-acute positive screen** (potential risk identified)
 - Patient requires a **brief** suicide safety assessment to determine if a **full** mental health evaluation is needed. Patient **cannot leave until evaluated for safety**.
 - Alert physician or clinician responsible for patient's care.

Provide resources to all patients

- 24/7 National Suicide Prevention Lifeline 1-800-273-TALK (8255) En Español: 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line: Text "HOME" to 741-741

asQ Suicide Risk Screening Toolkit



NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)   6/13/2017

Figura 4. "Ask Suicide-Screening Questions"